Ein Fall von
Adipositas dolorosa
(Dercum'sche Krankheit)

Beobachtet an der Universitätshautklinik zu Freiburg i. Br.
(Direktor: Professor Dr. Stühmer)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Otto Wörlein
aus Lauda (Baden)

Druck der Johannes Hörning G. m. b. H., Heidelberg
1935

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Freiburg i. Br.

Dekan:
Prof. Dr. Josef Kapfhammer

Referent:
Prof. Dr. Alfred Marchionini

1935

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Fräulein L.... D...., Haushaltspflegerin, 27 Jahre alt.

Familien-Anamnese: Der Vater zeigt hypochondrische Erscheinungen; er ist asozial und hat seine Angehörigen vernachlässigt. Die Mutter leidet an Nymphomanie, sie ist schon längere Zeit in einer Heil- und Pflegeanstalt interniert, einmal hat sie einen Suicidversuch unternommen. Seit 15 Jahren sind die Eltern geschieden. Ein Bruder der Mutter ist ebenfalls interniert.

Eigene Anamnese: Als Kind machte Patientin Rachitis durch, dann Röteln, Masern, Keuchhusten, Croup. Mit 12 Jahren erkrankte sie an Gelbsucht, ca. 8 Wochen mit Fieber; mit 13 Jahren an Scharlach. Im 17. Lebensjahr hatte sie mehrere Furunkel an Ober- und Unterschenkel, im 19. rheumatische Beschwerden mit von Achsel zur Hüfte ausstrahlenden Schmerzen. Grippe machte sie öfters durch.

Jetzige Erkrankung: Als Haushaltspflegerin war Patientin in verschiedenen Heimen tätig, jedoch nie länger als ein Jahr, da sie immer wieder von Zeit zu Zeit „Nervenzusammenbrüche" bekam. Zuletzt wurden die Abstände zwischen den Erkrankungen immer kürzer. Der erste Nervenzusammenbruch war vor fünf Jahren, angeblich nach seelischer und körperlicher Überanstrengung. Sie war damals zuerst zwei Monate im Krankenhaus Hamburg-Barmbeck, anschließend sechs Monate in der Anstalt Friedrichsberg. In der dortigen Krankengeschichte heißt es: „Sie redet inkohärent, deklamiert Phrasen, zeigt läppisch-hysterische Züge, dazwischen steif und ausdruckslos, monotones Reden; sie näßt häufig ein, das Essen muß ihr gereicht werden. Verspürt Ströme, ‚Heißes' auf der rechten Schädelseite, dann kommt der Schleim aus der Haut und den Augenhöhlen." Damals stellte man die Diagnose: Schizophrenie, Degenerationspsychose. Vor zwei Jahren lag sie nochmals vier Wochen im Krankenhaus Barmbeck, weil sie Suicidgedanken geäußert und auch einen Versuch unternommen hatte. Sie soll damals stupurös und unrein gewesen sein. Sie selber gibt

darüber an, es wäre nicht nötig gewesen, sie in eine geschlossene Anstalt zu bringen, sie habe Erscheinungen gehabt und Stimmen gehört, die ihr zu einem ganz besonderen Messiasglauben, den sie jetzt noch habe, verholfen hätten. Seit jener Zeit finde sie im Leben draußen „keine Aufgabe mehr".

Kurz vor diesem Nervenzusammenbruch, also vor zweieinhalb Jahren, hat das Hautleiden begonnen mit Schwellung und Rötung an den Knien innen beiderseits, einhergehend mit heftigem Brennen und Jucken, das besonders in der Wärme lästig war, wobei sich genannte Stellen heiß anfühlten. Zunächst war die Affektion scharf begrenzt, allmählich wurden die Grenzen fließender. Einige Monate später empfand Patientin stechende Schmerzen beim Sitzen; es zeigte sich in den unteren Quadranten des Gesäßes flächenhafte Blau-Rot-Verfärbung. Gleiche Verfärbungen traten später an den Ellenbogen, der Brust und hinten am Hals auf.

Befund (bei der Aufnahme zur Begutachtung am 24. 5. 1933): 27jährige, kräftig entwickelte Patientin in gutem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet; das Fettpolster ist stark entwickelt.

Drüsen und innere Organe: o. B.

Organisch-neurologisch: o. B.

Allgemein-nervöse Übererregbarkeit.

Psychisch: gesprächig, lebhaft, etwas labil, nichts psychotisches. Patientin klagt über Gedächtnisschwäche, ihre Stimmung sei gedrückt, sie kämpfe stetig gegen Suicidgedanken, sie wolle lieber früher kommen, als später zwangsweise in eine Anstalt eingeliefert zu werden.

Wassermann'sche Reaktion: negativ.

Blutdruck: 125/75 mm Hg.

Blut: Erythrocyten: 4 000 000.
Leukocyten: 8 700.
Hämoglobin: 84 %.
Blutbild: 79 Segmentkernige, 5 Eosinophile, 16 Lymphocyten.

Die Knochen sind druckschmerzhaft, besonders das Sternum und linke Knöchel.

Periode: Alle drei Wochen, fünf Tage mit Leibschmerzen. An der Haut sind die folgenden Stellen von eigentümlichen Schwellungen befallen: die Partie unterhalb der Patella innen beiderseits, die unteren Quadranten des Gesäßes, symmetrische Hautpartien über der Ellenbogengegend außen, eine 5-Markstück große Stelle im äußeren Quadranten der linken Mamma und die Gegend des siebten Halswirbels. Diese Stellen zeigen die scharf begrenzten polsterartigen Schwellungen, die auf Druck schmerzhaft sind. Sie sind blaurot verfärbt und fühlen sich kalt an. Ein heftiges Jucken und Brennen tritt besonders bei Bettwärme auf. Dann fühlen sich auch bezeichnete Stellen heiß an.

Nach zwei Tagen, in denen Patientin immer wieder heftige, brennende Schmerzen angab, die bei Bettwärme zunehmen, mußte sie entlassen werden, da sie nur zur Beobachtung in die Klinik kam.

Nach vier Monaten, am 2. 10. 1933, wurde Patientin wieder in die Klinik aufgenommen. Zwischenanamnese: Patientin nahm täglich im Beginn vier, steigend auf sechs Tabletten Lipolysin, im ganzen ca. 260. Außerdem erhielt sie sechs Lipolysin-Injektionen ins Gesäß. Gewichtsabnahme etwa 14 Pfund in vier Monaten. Bei Hitze hatte Patientin heftige Schmerzen, besonders an den Beinen. Sie ist arbeitslos und hat inzwischen viel gelegen. An den Armen hat Patientin keine Schmerzen, ab und zu ein Kältegefühl. Am Gesäß ist sie sehr empfindsam gegen Kälte. Sie sitzt sehr ungern. Patientin klagt über zunehmende Nervosität und Schlaflosigkeit; sie hat das Gefühl des Absterbens. Außer diesem Depressionszustand hat sich am Befund nichts geändert. An bezeichneten Stellen sieht man die blaurot verfärbten Schwellungen, die schmerzhaft sind.

Gewicht: 72,3 kg.
Stuhl: o. B.
Urin: Alb — neg; Sacch — neg.
Blutzucker: 95 mg %.
Diastase: 118 mg %.
Cholesterin: 163 mg %.
Blutbild: 82 Segmentkernige, 17 Eosinophile, 11 Lymphocyten.

Verlauf: 3. 10. 1933. Man verabreicht eine Ölkost. Zur Entwässerung wird Elityran gegeben, täglich dreimal eine Tablette zu 0,025 g, muß jedoch nach sechs Tagen wegen hoher Pulsfrequenz und allgemeiner Erregung abgesetzt werden.

Im Laufe der Behandlung werden sämtliche von den Schwellungen befallenen Herde mit der Kandemlampe bestrahlt, die von der Patientin gut vertragen und sehr angenehm empfunden werden.

Durch Einschaltung von Milchtagen sucht man die Gewichtszunahme hintanzuhalten.

Am 14. 10. 1933 macht man eine Alttuberkulinreaktion 1 : 10 000 am rechten Unterschenkel. Sie wird sehr stark positiv; an den Orten der Einverleibung entsteht je ein 3-Markstück großer, roter, schmerzhafter, derber Herd. In beiden Knien gibt die Kranke ziehende Schmerzen an. Nach drei Tagen klingt die Reaktion wieder ab.

Am 24. 10. 1933 nochmals eine Alttuberkulinreaktion 1 : 10 000, die wieder stark positiv wird. Die Injektion am linken Oberschenkel zeigt eine etwa 9 cm breite und 6 cm lange flächenhafte Rötung mit Bläschenbildung in der Mitte. Die Injektion am linken Unterschenkel weist eine ca. 10 cm breite und 7 cm lange hellrot verfärbte, schmerzhafte Hautstelle auf, die ebenfalls in der Mitte Bläschenbildung zeigt. Die Patientin gibt stechende und ziehende Schmerzen im ganzen Körper an, besonders stark über der Brust und über dem Rücken. Beim Atmen hat sie ab und zu stechende Schmerzen. Nach drei Tagen klingt die Reaktion wieder ab.

30. 10. 1933 bis 3. 11. 1933 hat Patientin die Periode; sie klagt bei Bettruhe über Leibschmerzen.

7. 11. 1933: die letzte Alttuberkulinreaktion 1 : 10 000 wieder positiv.

Zwischendurch versuchte man durch Hormontherapie die Wucherungen zu beeinflussen; man gab zehn Tage lang Progynon, täglich dreimal eine Tablette zu je 150 M. E.

Allmählich bildet sich bei der Patientin ein Depressionszustand aus; sie hat melancholische Vorstellungen, schweres

Angstgefühl und Versündigungsideen und wird deshalb in die Nervenklinik verlegt.

Dort nimmt sie hysterische Reaktionsformen an. Sie erweist sich sehr gesprächig und mitteilsam, ist dabei empfindsam und wehleidig, affektlabil und pathetisch. Am ganzen Körper zeigt sie psychogenen Tremor.

Beurteilung.

In dem beschriebenen Falle liegen die klassischen Symptome vor:

1. Fettwucherungen,
2. deren Schmerzhaftigkeit,
3. allgemeine Muskelschwäche,
4. psychische Störungen.

Der Form der Fettansammlungen nach können wir diesen Fall nach der von Roux und Vitaut getroffenen Einteilung zu der umschrieben diffusen Form rechnen. Die Lokalisation ist charakteristisch, indem die Fettwucherungen Gesicht, Hände und Füße frei lassen. Am meisten befallen ist die Gegend der Hüften; hier hängen richtige Fettfalten über, wie wir sie häufig bei Frauen im Klimakterium sehen. Hingegen finden wir die eigentlichen schmerzhaften Wucherungen am Oberarm, Oberschenkel, den Mammae und am Gesäß. Auffallend ist an ihnen die starke bläulichrote Verfärbung, die den behandelnden Arzt an Perniones denken ließ.

Was die Schmerzen betrifft, so unterscheidet die Patientin selbst zweierlei Arten; einen ruhigen Schmerz, der sie dauernd quäle, und einen stechenden, der zuweilen in sie hineinfahre. Druckschmerz ist immer vorhanden, weshalb ihr auch das Sitzen so unangenehm ist. Ein heftiges Brennen und Jucken an der Stelle der Wucherung tritt besonders bei Bettwärme auf, wobei sich dieselben heiß anfühlen. Die Bestrahlung mit der Kandemlampe wurde von der Kranken sehr angenehm empfunden. Interessant sind die in der Anamnese angegebenen rheumatischen Beschwerden. Solche Angaben wurden von vielen Autoren als erste Zeichen der Erkrankung beschrieben.

Die allgemeine Muskelschwäche ist deutlich ausgeprägt, obwohl man der kräftig entwickelten Patientin diese typische Asthenie nicht ansieht. Den ganzen Tag über liegt sie untätig zu Bett und klagt, daß — wenn sie auch wolle — ihr doch die Kräfte nicht ausreichen, auch nur eine Stunde umherzugehen und zu helfen. Tatsächlich fühlt sie sich nach kurzer Zeit so müde und abgeschlagen, daß sie wieder zu Bett gehen muß.

Einen breiten Raum nehmen bei der Patientin die psychischen Störungen ein. Bei der ersten Erkrankung vor fünf Jahren redete sie inkohärent, deklamierte Phrasen, hatte läppische Züge, verspürte Ströme und fühlte sich ausgehöhlt vom Schleim, zwischendurch zeigte sie regungslos steifes Verhalten und ein ausdrucklos monotones Lächeln; also Erscheinungen, wie wir sie bei der Schizophrenie finden. Jetzt zeigt sie sich sehr gesprächig und bringt pathetisch ihre Klagen vor, dabei ist sie sehr empfindsam und wehleidig, wie überhaupt sehr labil, dauernd schwankt sie zwischen Lachen und Weinen. Diese Züge, verbunden mit dem starken Tremor am ganzen Körper, welcher zunimmt, wenn man sich mit ihr beschäftigt, dürfen wohl als hysterische Reaktionsform gedeutet werden. Die Schmerzen aber auf diese Art erklären zu wollen, geht nicht an. Vielleicht kann diese psychogene Überlagerung etwas zur Ätiologie beitragen, insofern sie uns auf die psychopatische Konstitution hinweist. Für diese degenerative, erbbedingte Minderwertigkeit, wie wir sie bei der Patientin sehen, finden wir eine Bestätigung in ihrer Familiengeschichte: Der Vater hat hypochondrische Vorstellungen, die Mutter und ein Onkel sind interniert. Bemerkt sei noch, daß die Patientin der jüdischen Rasse angehört, bei der wir bekanntlich die atypischen, erbbedingten Psychosen häufiger antreffen.

Eine besondere Erwähnung verdient noch die auffallende, wiederholt starke Tuberkulin-Reaktion, für die eine Erklärung nicht gefunden werden konnte.

Im Anschluß an den vorliegenden Fall soll nun auf die Literatur über die Dercum'sche Krankheit eingegangen werden.

Im Jahre 1888 veröffentlichte der amerikanische Neurologe Dercum ein bis dahin unbekanntes Krankheitsbild, bei dem starke Fettinfiltration des Unterhautbindegewebes und deren starke Schmerzhaftigkeit offenbar in Zusammenhang standen. Es betraf eine 51 jährige Frau, bei der nach plötzlichem Aussetzen der Menses im 25. Lebensjahr zuerst an den Armen, bald darauf an Rücken, Schultern und Seiten umschriebene Fettmassen sich entwickelt hatten, die beim Betasten das Gefühl erweckten, als wäre „ein Haufen Würmer unter der Haut eingeschlossen". Gesicht, Hände und Füße blieben stets frei. Die Fettmassen zeigten auf Druck Schmerzen, die häufig exacerbierten, wobei nicht selten eine gleichzeitige Dickenzunahme des Fettgewebes an den verschiedensten Stellen beobachtet wurde.

Nachdem Henry 1891 einen neuen Fall mit gleichen Symptomen beschrieben hatte, und Dercum selbst einen weiteren Krankheitsfall zu beobachten Gelegenheit hatte, wählte er, weil die Zunahme des Fettgewebes und dessen Schmerzen die hervorstechendsten Symptome darstellen, für dieses Krankheitsbild den Namen Adipositas dolorosa. Dabei betont er die Verschiedenheit der vorliegenden Krankheit vom Myxödem und von der einfachen Fettleibigkeit.

1901 hat Vitaut das Krankheitsbild erweitert, indem er zu den beiden Kardinalsymptomen der Fettwucherung und deren Schmerzhaftigkeit noch zwei weitere Symptome hinzufügt: die Asthenie und gewisse psychische Veränderungen.

Seitdem hat das Krankheitsbild der Adipositas dolorosa trotz zahlreicher seitdem veröffentlichter Beobachtungen nur wenig Modifikationen erfahren.

Was zunächst die Fettwucherungen betrifft, so ergibt sich folgendes:

Nachdem sich eine mäßige Fettleibigkeit ausgebildet hat, entwickeln sich diese Wucherungen in charakteristischer Form und Lokalisation. Je nachdem die Wucherungen lipomartigen Charakter haben, spricht man von der nodulären

Form. Die Knoten lassen sich dabei gegen das übrige Fettgewebe gut abgrenzen und bedecken den Körper meist ohne symmetrische Anordnung. Weygandt beschreibt einen derartigen Fall, bei welchem er etwa 160 Tumoren von Erbsen- bis Gänseeigröße feststellen konnte. Oder die Fettansammlungen durchsetzen mehr flächenhaft einzelne Gegenden des Unterhautzellgewebes, ohne daß es möglich ist, die Infiltrate scharf abzugrenzen. Diese umschrieben diffuse Form leitet über zur allgemein diffusen, die sich von allgemeiner Fettleibigkeit kaum trennen läßt, nur daß sie eine unebene, hügelige Beschaffenheit aufweist.

Diese Einteilung ist natürlich mehr oder weniger willkürlich, indem die einzelnen Formen häufig ineinander übergehen oder nebeneinander bestehen. Charakteristisch ist dagegen die Lokalisation der Fettmassen, die Gesicht, Hände und Füße in der Regel freilassen. Ihre Konsistenz ist weich bis derb elastisch. Die Haut darüber hat meistens ihr normales Aussehen bewahrt, manchmal jedoch zeigt sich eine eigentümliche bläulich-rote Verfärbung, besonders über den größeren Knoten, wahrscheinlich infolge vasomotorischer Störungen.

Die Schmerzhaftigkeit der Fettwucherungen leitet oft die Krankheit ein. Die Patienten klagen oft schon monatelang vorher über Reißen, Ziehen, Stechen, Kaltwerden oder Kribbeln an den Stellen der späteren Fettwucherungen, was schon oft zu einer Verwechslung mit Rheumatismus geführt hat. Die meisten der in der Anamnese Dercum-Kranker häufig zu findenden „rheumatischen Beschwerden“ lassen sich wohl auf diese Weise erklären. Die eigentlichen Schmerzen der Knoten treten spontan oder bei Druck auf und sind in der Stärke sehr verschieden. Auch ist die Schmerzhaftigkeit nicht von der Größe der Wucherungen abhängig; kaum tastbare Knoten können lebhafte Schmerzen verursachen. von Noorden zieht daraus den Schluß, daß das besondere Verhalten der Fettwucherungen, vielleicht deren Aggressivität, gegenüber den das Gebiet durchziehenden Nerven die Schmerzen bedinge. Eine interstitielle Neuritis der kleinen oder größeren Nervenstämme lehnt Schwenken-

becher nebst den meisten andern Forschern ab. „Die von Dercum und Burr beschriebenen Kranken, in denen post mortem die interstitielle Neuritis nachgewiesen werden konnte, scheinen viele Jahre an der Adipositas dolorosa gelitten zu haben. Es ist deshalb nicht ausgeschlossen, daß sich allmählich infolge des lang anhaltenden Druckes entzündliche Vorgänge an den Nerven einstellen." Er glaubt, außer dem dauernden Druck hauptsächlich Veränderungen in der Blut- und Lymphzirkulation für die Schmerzen verantwortlich machen zu dürfen. Die oft auftretende bläuliche Verfärbung über den Fettmassen ist auch Ausdruck einer vermehrten Stauung, die auf irgendeine vasomotorische Störung hinweist.

Die allgemeine Muskelschwäche ist ein konstantes Symptom und äußert sich im Auftreten eines Gefühls des Versagens der Kräfte. Leichtere oder schwerere Arbeit kann nicht mehr verrichtet werden, das Gehen fällt schwer, überhaupt besteht tiefster Widerwille gegen geringste Anstrengung, ohne daß eine Verminderung der groben Muskelkraft oft nachgewiesen werden konnte. Elektrische Prüfung der verschiedenen Muskeln zeigte stets normale Reaktion. Außer einer geringen Atrophie ist an ihnen nichts feststellbar. Diese wird erklärt als relative Inaktivitätsatrophie infolge der Schmerzhaftigkeit, vielleicht auch durch die Zirkulationsstörungen und durch den Druck der Fettmassen.

Die psychischen Störungen sind sehr mannigfaltiger Art, angefangen von leichten Stimmungsschwankungen, die durch den traurigen Zustand der Kranken hinreichende Erklärung finden, bis zu schweren Psychosen. Manchmal besteht nur Gedächtnisschwäche, Zerstreutheit, Abnahme der geistigen Fähigkeiten, leichte Charakterveränderungen, Reizbarkeit, geistige Stumpfheit; in andern Fällen Hysterie, depressive Zustände mit Suicidversuchen, seltener manische Zustände mit Bewegungs- und Rededrang, Schizophrenie, Paranoia und schwere Epilepsie.

Über die Ätiologie ist Sicheres nicht bekannt. Dercum selbst glaubte auf Grund seiner Sektionsbefunde an eine Beziehung zur Schilddrüsenfunktion. In seinem Buch „The

biology of the internal secretions" schreibt er: „Es ist klar, daß eine Vergrößerung, die als eine gewöhnliche Hypertrophie beginnt, aber später in ihrer Struktur von der einer normalen Drüse mehr oder weniger abweicht, nicht weiterhin ihre Funktion unverändert und unvermindert ausüben kann. Neue oder anormale Symptome müssen erscheinen. Gerade für diesen Zustand ist der Ausdruck Dysfunktion besonders treffend. So werden z. B. bei der Adipositas dolorosa unter anderen Veränderungen solche der Schilddrüse gefunden; hier sind die Acini erweitert und vergrößert, dort atrophiert und degeneriert. Die Adipositas ist weder Hypothyreoidismus noch Hyperthyreoidismus; sie ist etwas anderes. Augenscheinlich ist ein Dysthyreoidismus dabei."

Bei weiteren Untersuchungen fand man auch Veränderungen an der Hypophyse und den Keimdrüsen, so daß man heute von einer pluriglandulären Ursache des Leidens spricht. Brugsch meint, daß dabei natürlich die Möglichkeit der quantitativ und qualitativ stärkeren Beteiligung einer Drüse im pathologischen Sinne besteht. So erklärten sich die Erfolge, die manche Autoren durch Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten erzielt haben, und ebenso erklärten sich wieder die gänzlichen Mißerfolge. Dammann hält die an den Drüsen mit innerer Sekretion erhobenen Befunde in ihrer pathologischen Bedeutung für zu gering, als daß sich die Beteiligung dieser Organe bei der Pathogenese der Adipositas dolorosa über den Rahmen bloßer Vermutungen hinaus erheben dürfte, vielleicht daß doch, wie bei gewissen anderen Formen der Fettsucht, auch hier ein konstitutionelles, in seiner ursprünglichen Bedeutung noch nicht definierbares Moment mitspricht. Auch Stoeckenius glaubt, daß in seinem Falle sowohl den Veränderungen im Bereich der Gefäße (Minderwertigkeit des Gefäßsystems), denen der Drüsen mit innerer Sekretion und den vornehmlich klinisch zum Ausdruck kommenden nervösen Erscheinungen eine gemeinsame, in der „Konstitution" des Individuums gegebene Störung zugrunde liegt, die vorläufig sowohl klinisch wie auch anatomisch schwer greifbar erscheint. Auf dieses konstitutionelle Moment weisen uns auch jene Fälle hin, bei denen

ein familiäres Auftreten der Dercum'schen Krankheit beobachtet wurde. Nölle berichtet von einer Patientin, deren Schwester, Mutter, Onkel und Großvater die Adipositas dolorosa gehabt haben sollen. Delbanco fand die Krankheit bei drei Brüdern, deren Großvater ebenfalls dercumkrank gewesen sein soll. Parallel mit diesem hereditären Auftreten gehen die Fälle, bei denen man eine neuropathische Konstitution und Belastung nachweisen konnte, wie wir sie auch bei unserer Patientin finden. Reichmann schreibt von einer 47jährigen Frau, die eine geisteskranke, anstaltsbedürftige Schwester und eine „nervöse" Tochter hatte. Klienebergers Patientin hatte als Kind Migräneanfälle, mit 13 Jahren Veitstanz, typisch depressive Verstimmungen und eine Art psychogener Sprachstörung. Weiterhin zeigte sie eine ziemlich hochgradige alimentäre Glykosurie. In der Aszendenz fand er Tuberkulose, Alkoholismus, Diabetes, Geisteskrankheiten, Migräneanfälle. Die nervöse Entartung der Familie scheine zuzunehmen. Die Mitglieder weiblichen Geschlechts seien im Stammbaum auffallend überwiegend.

Von prädisponierenden Momenten verdient ferner erwähnt zu werden, daß das weibliche Geschlecht ungleich häufiger betroffen wird als das männliche; nach Hirschfeld ist das Verhältnis 4 : 1, nach Braun 10 : 1.

Ferner ist auffallend, daß die meisten der erkrankten Frauen den Beginn ihres Leidens in die Jahre des Klimakteriums verlegen, und daß, falls jüngere Jahre befallen werden, andere Vorgänge oder Eingriffe innerhalb des Genitalapparates als auslösende Ursache gefunden werden. So wird nach einer Tabelle von Braun bei 14 von 26 Fällen das Auftreten der Erkrankung im Anschluß an Störung der Geschlechtsdrüsen angegeben.

In der Anamnese Dercum-Kranker sind nach Hirschfeld noch Alkoholismus, Lues, Traumen somatischer und psychischer Art, Anämie, Typhus und rheumatische Beschwerden festzustellen. Diese Angaben mögen das eine oder andere Mal sich anamnestisch finden, um sie aber als ätiologische Momente werten zu können, ist die Zahl der Veröffentlichungen zu gering.

Bei der pluriglandulären Ursache des Leidens ist natürlich das Ergebnis der Stoffwechseluntersuchungen von besonderem Interesse. Man erwartet wohl allgemein eine Herabsetzung des Grundumsatzes. Hierüber gehen indes die Angaben auseinander, was auch nicht verwunderlich ist, wenn man bedenkt, daß die Fehlergrenzen bei der Grundumsatzbestimmung zwischen ± 10 liegen, und daß bei diesem ausgesprochen chronischen Leiden der Grundumsatz nur um einige Prozent herabgesetzt zu sein braucht, um doch im Laufe eines Jahres zu einem sichtbaren Fettansatz zu führen. Die histologischen Untersuchungen der Fettwucherungen ergeben nichts besonderes, nur daß einige Autoren von einem jugendlichen Charakter der Fettzellen sprechen, andere von einem auffallenden Gefäßreichtum im Bereich der Geschwülste. Die chemischen Untersuchungen, von denen Page-Irvine berichten, zeigten keine Unterschiede gegenüber der Fettzusammensetzung eines normalen Individuums.

Eine spezifische Behandlung ist bis jetzt noch nicht gefunden worden. Versucht wird wohl in jedem Falle, durch Darreichung von Schilddrüsen-, Hypophysen- oder Ovarialpräparaten den Ausfall dieser Drüsen zu ersetzen. Solche Mittel (Thyreoidin, Elityran, Hypophysin, Progynon, Ovarialtabletten, Lipolysin) brachten einem Teil der Fälle erhebliche Besserung der Hauptbeschwerden, in einem andern Teil wird über gänzlichen Mißerfolg berichtet. Dann wird die Therapie symptomatisch. Durch Milchtage sucht man die Gewichtszunahme hintanzuhalten; Bestrahlungen wirken auf die Schmerzen günstig ein. Andere empfehlen Badekuren und Massage.

Quoad sanationem ist also die Prognose ungünstig zu stellen, quoad vitam günstiger. Der Tod erfolgt gewöhnlich an einer interkurrenten Krankheit.

Herrn Professor Dr. Marchionini, auf dessen Anregung diese Arbeit entstanden ist, möchte ich für seine freundliche Unterstützung auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank aussprechen.

Literatur.

Braun: Über Adip. dol., Inaug.-Diss. Heidelberg 1918.
Brugsch: Die Dercumsche Krankheit, Spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, Kraus u. Brugsch Bd. I, S. 360 ff.
Curschmann: Adip. dol., Münch. Medizin. Wochenschrift 1931.
Dammann: Zur Pathologie der Adip. dol., Inaug.-Diss. München 1913.
Delbanco: Dercumsche Krankheit, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten Bd. 40, S. 27.
Dercum: The biology of the internal secretions, 1924, p. 96.
Esders: Über Adip. dol., Inaug.-Diss. Breslau 1930.
Frowein: Zur Kenntnis der Adip. dol., Dt. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1921.
Götz: Ein Fall von Adip. dol., Inaug.-Diss. Berlin 1915.
Hirschfeld: Die Dercumsche Krankheit, Handbuch d. Neurologie Lewandowsky.
Jülich: Zur Nosologie und Therapie der Dercumschen Krankheit, Dt. Medizin. Wochenschrift 1925.
Klieneberger: Über Adip. dol., Medizin. Klinik Nr. 47, 1913.
Kraft: Die Dercumsche Krankheit, Inaug.-Diss. Berlin 1907.
Noelle: Ein Fall von familiärem Auftreten der Adip. dol., Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1922.
Page-Irvine: Chemische Untersuchungen bei der Dercumschen Krankheit, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten Bd. 38 (Einstein).
Reichmann: Zur Schilddrüsenbehandlung der Dercumschen Krankheit, Dt. Medizin. Wochenschr. 1923, S. 1018.
Schlösser: Ein Fall von Dercumscher Krankheit, Inaug.-Diss. Bonn 1930.
Schwenkenbecher: Über die Adip. dol., Arch. f. klin. Medizin 1904.
Stoeckenius: Über Dercumsche Krankheit, Münch. Medizin. Wochenschrift 1927, S. 1251.
Weygandt: Nodöse Form der Dercumschen Krankheit, Dt. Medizinische Wochenschrift 1928, S. 1320.

Lebenslauf.

Am 15. Mai 1910 wurde ich in Lauda (Baden) geboren. Vom April 1917 bis September 1920 war ich in der Volksschule in Karlsruhe (Baden) und anschließend daran im Gymnasium daselbst, wo ich Ostern 1929 das Reifezeugnis erhielt. Zum Studium der Medizin besuchte ich die Universitäten Freiburg i. Br., Heidelberg, Wien und Würzburg. Die ärztliche Prüfung machte ich im Spätjahr 1934 in Freiburg i. Br.